FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1919 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Robert MAUPETIT

Né le 17 septembre 1890, à Pontvallain (Sarthe)
Ancien Interne de l'Hôtel-Dieu d'Angers

CONTRIBUTION AU TRAITEMENT CHIRURGICAL

DES

ADÉNOPATHIES TUBERCULEUSES

DU COU

Président : M. SEBILEAU, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)

1919

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	N...
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	GOSSET
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	Léon BERNARD
Medecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD WIDAL GILBERT CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU LEJARS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COUVELAIRE RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	BROCA
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Clinique oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	JEANNIN	LERI	RICHAUD
BRANCA	JOUSSET (A.)	LOEPER	ROUSSY
CAMUS	LABBÉ (H.)	MOCQUOT	ROUVIERE
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ(A.
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	SICARD
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TANON
DESMAREST	LEMIERRE	OMBREDANNE	TERRIEN
GOUGEROT	LENORMANT	RATHERY	TIFFENEAU
GRÉGOIRE	LEQUEUX	RETTERER	VILLARET
GUENIOT	LEREBOULLET	RIBIERRE	ZIMMERN
GUILLAIN			

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE CHARLES
Mort au Champ d'Honneur (1918)

A MES FRÈRES PAUL ET ANDRÉ

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DE L'HOTEL-DIEU D'ANGERS

A MES PROFESSEURS DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE PARIS

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur PIERRE SEBILEAU

Professeur de clinique oto-rhino-laryngologique
Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière
Directeur de l'Ecole d'Anatomie des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

Hommage de profonde affection
et de reconnaissance.

A Monsieur le Docteur JEAN PETIT

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Chirurgien de l'Hôpital-Hospice à Niort
Chevalier de la Légion d'honneur

A Monsieur le Docteur LÉON DUFOURMENTEL

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Qui a bien voulu être notre conseiller
et notre guide dans ce travail.

CONTRIBUTION AU TRAITEMENT CHIRURGICAL

DES

ADÉNOPATHIES TUBERCULEUSES DU COU

INTRODUCTION

En entreprenant ce travail, nous n'avons pas la prétention exagérée d'écrire quelque chose d'original sur un sujet qui depuis de longues années a fait couler des flots d'encre. Tant que l'on n'aura pas trouvé le spécifique du bacille de Koch, le traitement de la tuberculose et de toutes ses formes restera sans doute discutable et le dernier mot ne sera pas dit. Nous ne continuerons donc pas le débat pour décider que les lésions tuberculeuses exigent le fer sous forme de bistouri et non pas sous forme de pilules ; ni même pour savoir lequel des deux traitements médical ou chirurgical doit être préféré dans tous les cas, mais nous essayerons de montrer qu'en suivant certaines règles simplifiant la technique généralement admise et à l'aide de certaines précautions, les indications de l'extirpation chirurgicale des ganglions tuberculeux du cou peuvent être considérablement étendues et ses inconvénients considérablement réduits.

La méthode que nous préconisons a en outre l'avantage de diminuer énormément la durée de l'immobilisation du malade. Elle repose sur ces faits : qu'à partir d'une certaine gravité on peut opérer avec profit toutes les formes de tuberculose ganglionnaire, que la suppuration de ganglions peut être pratiquement négligée et qu'*il est absolument inutile de pratiquer un drainage post-opératoire*.

Nous avons été amené insensiblement à cette pratique en voyant dès le début de nos études médicales de malheureux porteurs de ganglions cervicaux passer de longs mois dans les différents services hospitaliers, traités alternativement par toutes les méthodes et n'obtenir la guérison qu'au prix d'un séjour interminable pendant lequel ils étaient voués à un chômage forcé.

Pendant la guerre, dans un temps où les circonstances réclamaient si impérieusement des guérisons rapides, nombreux sont les soldats souffrant d'adénopathies cervicales tuberculeuses qui, après un traitement déjà long au front, à l'intérieur ou dans des hôpitaux spéciaux s'en allaient en convalescence et ne retournaient à leur poste que pour être hospitalisés de nouveau peu après et recommencer leur cycle.

Depuis la fin des hostilités alors que la reprise de la vie nationale exige une surproduction intense toute thérapeutique doit tendre à rendre rapidement dans les meilleures conditions les activités au travail

car toutes les énergies doivent être employées sans délai au service de la patrie victorieuse mais meurtrie.

Nous pensons démontrer que notre méthode d'extirpation chirurgicale répond à ce but primordial à l'heure actuelle.

Cependant nous insistons dès maintenant sur la nécessité absolue d'adjoindre au traitement chirurgical rapide, un traitement général qui devra être poursuivi longtemps, la tuberculose des glanglions cervicaux n'étant que la manifestation locale d'une infection générale, imprégnant plus ou moins fortement l'organisme, et non une lésion purement locale traduisant une action de défense efficace de l'organisme en lutte contre le bacille envahissant.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Il nous a paru utile avant d'aborder le fond de notre sujet, de résumer rapidement les différentes phases par lesquelles a passé cette opération de l'extirpation des glanglions tuberculeux du cou.

Nous empruntons une partie de cet historique au mémoire de H. Larrey présenté à l'Académie de médecine en 1852 et au remarquable travail de Poulet *L'adénite cervicale tuberculeuse des soldats traitée par l'extirpation et le grattage* (*Archives de méd. et de pharm. militaires* 1884.)

Vésale, Fallope, Duret, Séverin traitaient activement cette affection du cou, purement locale pour eux.

Sanctorius paraît être le premier qui ait conseillé véritablement l'extirpation des glanglions du cou : *Ergo strumæ nunquam sanabuntur nisi evellantur*.

Amb. Paré était partisan de cette opération. Plus tard J.-L. Petit, Chopart, Desault, Heim, Boyer, Pelletan l'ont pratiquée avec succès. Puis la timidité vint. Pourtant de 1772 à 1783 nous voyons Magniez

extirpant ces tumeurs chez les militaires de la ville de Saint-Quentin et n'accuser que quatre morts sur deux cents extirpations.

Arrive la Révolution qui marque un nouveau temps d'arrêt.

L'adénite cervicale commune chez les soldats attire ensuite l'attention des chirurgiens militaires. J. de Larrey pratique avec succès plusieurs extirpations.

Puis Roux, Malle, Gama, Villaume, Begin, Baudeus, Sedillot, Velpeau font des travaux sur cette opération qu'ils pratiquaient volontiers.

En 1854 H. Larrey écrivait : « Un fait général, un fait surprenant tout d'abord, bien constaté par les chirurgiens qui ont partiqué l'extirpation des tumeurs ganglionnaires du cou et surtout par les chirurgiens des Hôpitaux, c'est le succès habituel, presque constant des opérations de ce genre. Elles sembleraient véritablement se soustraire aux chances de la plupart des opérations même minimes et aucune théorie, aucune objection ne saurait détruire la réalité de ce fait. Il m'avait étonné lorsque j'ai vu faire et fait moi-même les premières ablations de ces sortes de tumeurs ; il m'a laissé depuis la conviction d'un résultat exceptionnel en chirurgie. »

Depuis cette époque cependant on abandonne cette méthode. On ne peut plus signaler alors que quelques observations éparses, une de Perrin en 1860 qui rapporte un beau cas d'extirpation. En 1864 quelques faits encore, l'enthousiasme s'est vite refroidi.

Viennent les travaux des professeurs du Val-de-

Grâce, Villemin, Schuppel, Kiener. A l'étranger Billroth, Volkman, Kœnig, Fischer, Kocher curent, grattent, extirpent.

En 1872, nous trouvons deux thèses soutenues à la Faculté de Paris, l'une de Lambry sur le traitement chirurgical des tumeurs ganglionnaires du cou, l'autre de Legendre. Ce dernier examine seulement le traitement à Berck et parle longuement des sétons filiformes. Lambry l'étudie au contraire soigneusement. Il conseille dans certains cas la ligature préventive de la carotide et l'application post-opératoire du pansement de Verneuil (charpie, mousseline, pulvérisations phéniquées). L'ère de l'antisepsie est ouverte.

En 1875. Le Dentu et Longuet disent : « De tous les les modes de traitement de l'adénite chronique l'extirpation est le plus employé et donne les meilleurs résultats ». Ils ne signalent pas de règles particulières à suivre.

Cependant en France on hésite ; la Société de Chirurgie en 1884 se prononce nettement contre l'intervention chirurgicale. Pourtant Poulet reprend cette opération avec Cazin de Berck-sur-Mer. Trélat, Bouilly, Polaillon la pratiquent aussi.

En 1886, dans sa thèse, Ecot rejette la curette de Volkman, instrument aveugle et insuffisant, mais conseille l'ouverture au bistouri sous chloroforme avec décollement et extirpation au moyen des ongles suivie de drainage et de suture au fil d'argent.

Pendant de longues années la chirurgie « traîna

comme un boulet », suivant l'expression de Broca, les conséquences de l'arrêt de l'Académie.

Ce fut pendant cette période que l'on expérimenta une foule de traitements médicamenteux.

En 1894-1895 Duhamel et Manson, élèves de Broca, remettent à l'ordre du jour le traitement chirurgical, question dont Broca lui-même devait être rapporteur au Congrès de 1901.

Mais le traitement conservateur par les méthodes Berkoises et leurs premiers succès détournèrent l'attention de la pratique chirurgicale.

Depuis près de vingt ans on ne relève dans la liste des thèses soutenues devant la Faculté de Paris que trois auteurs s'étant occupés du traitement chirurgical des adénites cervicales tuberculeuses. Sur ces trois, deux insistent sur l'efficacité du traitement conservateur (Loze, 1904 et surtout Hamel, 1910) et ne conseillent l'autre que dans des cas très définis, soit que toutes les autres méthodes aient échoué, soit que l'on se base sur des considérations extra-médicales.

CHAPITRE II

PRINCIPALES MÉTHODES ACTUELLES

A) Méthodes conservatrices

On a essayé et préconisé successivement les applications locales, les agents physiques et chimiques, les injections modificatrices.

Les applications médicamenteuses consistent soit en pommades à base d'iodure de plomb, de collargol, de sels mercuriels, qui n'ont pas donné de bons résultats ; soit en pansements humides avec les eaux-mères de Salies-de-Béarn précédées de douches locales avec de l'eau de mer, avec la solution de M. Barbier ; savoir :

Chlorure de calcium.....	300 gr.
— de sodium	âà 15 gr.
— de potassium.....	
— de magnésium	
Eau q. s.	

Elles ne paraissent de quelque efficacité que sur les ganglions peu nombreux à évolution subaiguë.

En ce qui concerne les agents physiques nous ne citerons que pour mémoire la méthode de Bier (instituée par la pose d'une ventouse sur l'adénite à traiter). Elle a donné de mauvais résultats et est complètement abandonnée.

La radiumthérapie entre les mains de Dominici et de Chéron à donné quelques bons résultats et même des guérisons dans les adénopathies, les fistules consécutives à l'extirpation incomplète de foyers bacillaires. Leurs recherches leur ont démontré la supériorité de l'introduction des tubes radifères dans les foyers tuberculeux sur le procédé qui consiste à placer à leur surface des appareils à sel collé. Ils en concluent que la radiumthérapie est un adjuvant efficace dont l'action doit être combinée à celle de la chirurgie et des divers agents physiques tels que les rayons X, l'air chaud, la diathermie.

A notre avis il vaut mieux profiter de l'incision pour extirper les masses ganglionnaires.

La photothérapie qui consiste à projeter sur la région malade certaines radiations du spectre à l'exclusion des autres, n'a pas donné les résultats qu'on en attendait étant donnée son action vraiment curative sur certaines tuberculoses cutanées comme le lupus (Appareil de Finsen).

L'héliothérapie instituée à Hyères par Vidal, à Cannes par Revillet, à Nice par Malgat, à Leysin par Rollier donne de bons résultats. Du reste Hippocrate, Gallien, Celse et Avicenne connaissaient aux temps primitifs de la médecine l'efficacité de « l'air inondé de lumière. »

Cette méthode doit être associée à la cure d'altitude, les rayons lumineux solaires agissant beaucoup mieux sur les hauts sommets que dans la plaine, car le rayonnement ultra-violet y est beaucoup supérieur comme l'ont montré les travaux de Dufour de Lausanne et de ses collaborateurs. Ces travaux prouvent qu'au bord de la mer l'atmosphère riche en poussières, en vapeur d'eau absorbe 25 à 30 o/o de rayons infra-rouges et infra-violets alors qu'au sommet du mont Blanc l'absorption de ces mêmes rayons n'est que 6 o/o.

Les premières séances durent de cinq à dix minutes et l'action lumineuse est limitée aux points où siège l'altération pour éviter la production d'une dermite bulleuse.

Les sujets pigmentés et bruns sont beaucoup moins

sensibles que les blancs. Puis la peau se pigmente, car le pigment est conséquence de la lumière chez l'homme, de même que chez les végétaux apparaît la chlorophylle à la lumière, de même que les oiseaux et les animaux ont des couleurs d'autant plus brillantes qu'ils sont plus près des tropiques où le soleil a son maximum d'intensité.

Grâce au rôle protecteur des pigments, l'intensité de la cure solaire et sa durée peuvent être rapidement augmentées et les applications peuvent durer des heures.

Malheureusement cette méthode n'est pas à la portée de tous.

La radiothérapie appliquée à la cure de l'adénite tuberculeuse pour la première fois par Hendrix en 1898, puis vulgarisée plus tard (1902) par les Américains Zeisler et F.-B. Bishop a été successivement pratiquée par Bergonié (1904), Ferran et Kronchkoll, Desplats (1905), de Raderer (1906), Barjon et de Kienbock (1910) et depuis par d'autres. Il est encore difficile de se prononcer sur sa valeur. Les rayons X, étant donnés les risques qu'ils font courir ne sont pas entrés dans la pratique courante. Même entre des mains exercées toute possibilité de dermite et de brûlure n'est pas absolument écartée. Les doses, la nature, et l'épaisseur des filtres diffèrent selon les opérateurs (Voir rapport du Dr Roques au Congrès de Nîmes en 1912 dans les *Archives d'électricité médicale* du 25 juillet 1912; les publications du Dr Iselin et du professeur de Quervain, de Bâle, dans la *Semaine*

médicale du 4 juin 1913). D'après ces auteurs on peut résumer l'action des rayons X en disant qu'ils ont une action élective sur la périadénite qui disparaît en une ou deux séances, qu'ils activent la fonte des masses caséeuses, provoquent la cicatrisation et font disparaître ou diminuer les cicatrices.

Ils sont contre-indiqués dans les formes à suppuration rapide et dans les cas où la peau violacée et amincie menace de se rompre.

Elle sera peut-être, lorsque la mesure des rayons X sera plus précise et leur emploi dépourvu de tout danger, la méthode de choix de l'avenir.

Les substances modificatrices employées en injections ont été extrêmement nombreuses depuis Fabrice Aquapendente qui employa l'oxymel. Dupuytren employa le vin chaud. Velpeau, le nitrate d'argent. Bonnet la teinture d'iode, Richet, le sublimé. On essaya ensuite l'alcool, le sulfate de zinc, la liqueur de Villatte, l'eau iodée, l'iodure de potassium (Bienfait), la solution iodo-iodurée (Felizet), la solution iodotannique (Forgues), l'acide phénique à 3 o/o (Hueter, Kœnig), le calomel (Morcel), les sels d'arsenic (Reclus, Volkmann, Billroth), le phosphate acide de chaux (Kolescher), le baume de Tolu (Sayre, Landerer), l'acide cinnamique (Landerer), la solution huileuse d'essence de girofle (Monnote), le chlorure de zinc (Lannelongue, Bouilly), la papaïne (Bouchot), la teucrine (Morelig), l'acide lactique (Robin), le sous-nitrate de bismuth, l'acide salicylique, le thymol (Kocher), le tanin (Uccherelli), le salol (Grossi,

Reynier), les naphtols A et B à 5 o/o (Bouchard), le naphtol camphré (Périer, Reboul, David puis Calot), le camphre (Renich), la théosinamine (Bekess), l'huile créosotée (Barbureau, Augagneur, Deroy), l'huile créosotée et l'aristol (Vogt), le gaïacol (Sahli, Weil et Dieumontberger), le gaïacol et l'iodoforme (Morelig et Wunkler), la pyoctonine (Reclus), l'eau oxygénée (Luton), le thymol camphré (Ménard), l'éther sulfurique (Verne), la pancréatine (Colot), la cendre d'os (Frommer), l'eau de mer (Cathelin), l'eau de Salins (Reynier), le gaïacol camphré (Simon), la trypsine, le nucléinate de soude, le chlorure d'or (Bué), l'huile goménolée (Jullioud de Genève, Rollier et Boty).

De cette longue liste nous ne retiendrons que l'iodoforme mêlé à certains produits ou dissous dans un véhicule quelconque — et le thymol camphré. A notre avis l'emploi du naphtol encore adopté par quelques auteurs doit être absolument proscrit. Les accidents épileptiformes mortels qu'il a occasionnés sont nombreux. De plus son efficacité n'est pas plus grande que celle du thymol dont la toxicité est trois fois moindre.

A l'éther iodoformé dont les injections sont très douloureuses nous préférons la solution de M. Ménard de Berck. C'est une solution iodée gaïacolée composée comme suit :

Iodoforme	5 gr.
Ether anesthésique	10 gr.
Gaïcaol	2 gr.
Créosote	
Huile d'olives stérilisée	100 cc.

On en injecte de 1 à 2 centimètres cubes. Il faut ordinairement une série de ponctions suivies d'injections. Le liquide retiré est de plus en plus fluide, la paroi de la poche s'épaissit peu à peu et la guérison s'obtient par sclérose.

Cette solution est contre-indiquée dans le cas de pus grumeleux.

Le thymol camphré est un liquide onctueux au toucher de densité = 0,957, insoluble dans l'eau, soluble dans les huiles, l'alcool, l'éther, le chloroforme. Exposé à l'air libre, il se teinte légèrement en jaune, mais ne se décompose pas comme le naphtol camphré.

Il se prépare en mettant en présence dans un flacon :

Thymol.....	Une partie
Camphre.....	Deux parties

Un centimètre cube de thymol camphré ainsi préparé contient :

Camphre.....	0 gr. 638
Thymol.....	0 gr. 319

Après filtration, il se présente au microscope sous forme d'une émulsion de petits globules. Mais si on a le soin d'ajouter à la solution de thymol camphré une égale quantité d'éther sulfurique, comme l'a conseillé M. Ménard, ces globules se dissolvent et tout danger d'embolie capillaire est éloigné.

Il faut débuter par de faibles doses et n'augmenter que progressivement jusqu'à atteindre au maximum 5 centimètres cubes pour une injection.

Comme nous le disions plus haut la méthode des injections modificatrices par l'iodoforme et le thymol peut être conservée et conseillée malgré sa durée forcément longue dans les cas où existent des ganglions volumineux, peu nombreux, assez facilement accessibles et aux cas où existe un volumineux ganglion entouré de nombreux autres plus petits. Il est à remarquer en effet que la régression du ganglion volumineux entraîne la rapide diminution des petits ganglions qui sont à son voisinage.

Naturellement cette méthode, pas plus que les autres, n'a la prétention d'être complètement curative. De plus il convient de faire remarquer la longueur du traitement par cette méthode. Il faut plus de deux mois pour transformer un ganglion caséeux en une coque fibreuse après avoir été ramolli et vidé. Encore faut-il qu'aucune complication ne survienne, qu'aucune propagation ne vienne retarder la guérison. Si l'on se trouve en présence de masses énormes déformant la région cervicale, multi-ganglionnaires il est difficile, même lorsqu'on dispose de plusieurs années, d'obtenir un résultat esthétique satifaisant. Car toujours persistent des masses sclérosées volumineuses, des rétractions de la paroi qui ne sont nullement préférables à une incision qui permettra une disparition rapide de la tumeur ganglionnaire.

Les injections de tuberculine dans le foyer tuberculeux même, n'ont pas encore fourni des résultats suffisamment concluants sans parler de la difficulté d'appréciation résultant de l'emploi de tuberculines

de constitutions très différentes. Il en est de même des injections locales de ferments tryptiques, des corps immunisants de Splenger. Ce sont là des méthodes qui demandent encore une expérimentation clinique précise avant d'entrer dans la pratique générale.

Nous aurions encore à mentionner dans la liste des traitements locaux des cas fistuleux la méthode des frères Beck, de Chicago, consistant dans l'injection d'une pâte au sous-nitrate de bismuth dans les trajets fistuleux. Ce procédé doit ses résultats incontestables à l'action désinfectante du bismuth d'une part et très probablement à un effet de radioactivité involontaire provenant des examens radiographiques répétés auxquels ces cas furent soumis à titre de contrôle, d'autre part. On sait en effet que certaines substances chimiques produisent au contact des rayons X des radiations secondaires d'une activité peu pénétrante mais intense à la surface. Il convient cependant de ne pas oublier que le but de notre thérapeutique n'est point la guérison de la fistule, mais celui du foyer principal dont la fistule n'est qu'une manifestation secondaire. L'oblitération de la fistule n'est donc d'aucune utilité pour autant qu'elle n'est pas l'expression sinon de la guérison, du moins de l'aseptisation du foyer primitif. Or c'est tout au plus le premier résultat que peut nous donner le traitement par la pâte bismuthée. Les cas d'intoxication au bismuth nous rendent d'ailleurs assez circonspect à cet égard.

B) Méthodes sanglantes

Les méthodes sanglantes comprennent l'extirpation, l'incision et le curettage, le curage sous-cutané (Van Lesser), l'extirpation sous-cutanée (Dollinger), l'ignipuncture (Heinacher) et le drainage filiforme.

Nous ne parlerons que du drainage filiforme, du curettage et de l'extirpation, les autres procédés n'en étant que des dérivés.

D'après Legendre (Th. Paris, 1872), Perrochaud de Berck aurait été le premier à avoir appliqué le drainage filiforme aux ganglions tuberculeux. Il avait été indiqué par Levannier, Bonnafont, puis Guersant pour le traitement des abcès chroniques.

La masse ganglionnaire était traversée dans le sens de la hauteur et dans le sens de la largeur par plusieurs fils de soie cirés. La durée de la suppuration était d'environ vingt à trente jours au bout desquels il ne restait plus qu'un noyau compact dont la résolution se faisait à la longue. Lorsque le travail de suppuration n'allait pas assez vite on enduisait les fils d'une pommade épispastique.

Duplay préférait introduire un très petit drain perforé de distance en distance permettant dans la suite, si l'indication s'en présentait, de faire des injections modificatrices.

Ces temps derniers Chaput a remis en pratique le drainage filiforme quelque peu abandonné.

Pour nous, nous croyons que tout drainage est une cause de récidive et de fistulisation.

Le curettage, pour être d'une utilité réelle doit être aussi complet que possible et ainsi compris il n'est pas sans danger. Dans presque tous les cas, en effet, la paroi des gros vaisseaux est entourée et imprégnée de fongosités. On comprend sans peine le danger qui arrête la main de l'opérateur armée d'un instrument aveugle et qui rend cette intervention presque toujours inutile. De plus c'est lui, particulièrement, qui semble exposer à des généralisations.

Potron (Th. Paris, 1909) conseille comme traitement d'exception, il est vrai, des abcès froids tuberculeux suppurés l'incision suivie de suture, suivant le procédé du professeur Quénu : après désinfection du champ opératoire et anesthésie locale, incision plan par plan, puis de la membrane de la poche. On agrandit l'ouverture avec une pince de Kocher. La poche étant vidée on la lave avec de l'eau oxygénée, de l'éther ou de la glycérine iodoformée, puis on suture par première intention. Le liquide qui se reforme plus tard est évacué par ponctions avec un trocart fin.

Cette manière d'opérer est la seule où il ne soit pas question de drainage ; tous les autres auteurs conseillent le drainage, quelques-uns même le trouvent indispensable. Quant à nous, nous le supprimons maintenant par principe, et de propos délibéré.

Il est nécessaire de faire remarquer que l'incision franche avec curettage convient surtout dans les cas

spéciaux d'abcès à moitié chauds, où il y a infection mixte. La guérison est alors rapide, ce qui n'est pas une raison pour penser avec Verneuil et Beretta que l'infection mixte soit favorable et pour essayer avec Janson, de Stockholm, de traiter les tuberculoses locales en y injectant des cultures atténuées de streptocoque.

A l'heure actuelle l'extirpation chirurgicale ne reçoit en général que des indications assez limitées, et la plupart des chirurgiens ne la pratiquent qu'en cas de ganglions mobiles, sans périadénite accentuée, non fistulisés et s'abstiennent en cas d'ulcération cutanée.

C) Traitement général

Au point de vue général on a préconisé successivement de nombreuses médications ayant pour but non pas de détruire l'agent pathogène, mais de donner à l'organisme une vitalité plus grande, une résistance plus forte dans la lutte qu'il doit soutenir ; ce furent :

L'arsénic, sous forme de liqueur de Fowler, d'arséniate de soude ou de cacodylate de soude. Il donne les résultats les plus encourageants mais surtout dans les manifestations de tuberculose pulmonaire.

L'acide phosphorique, les phosphates sont utiles mais on leur préfère généralement les hypophosphites de chaux et de soude.

L'iode est un médicament précieux sous forme de

sirop iodotannique (Legendre, Potain) sous forme de teinture par gouttes dans de l'eau sucrée ou même sous forme d'iodure de potassium qu'il y ait ou non syphilis (Gueneau de Mussy).

Le médicament le plus anciennement employé reste le meilleur dans beaucoup de cas : c'est l'huile de foie de morue. D'après Lebert il serait connu depuis l'antiquité, et Pline en ferait mention. Sa grande vogue ne date en France que du milieu du siècle dernier mais les résultats qu'il a donnés sont si satisfaisants qu'il est difficile de ne pas en faire usage. La quantité d'huile de foie de morue donnée au malade est variable selon la tolérance gastrique des individus. Mais en augmentant progressivement la dose, on arrive aisément à faire absorber chaque jour plusieurs cuillerées à soupe. On peut augmenter sa valeur thérapeutique en ajoutant dans chaque cueillerée à soupe une goutte de teinture d'iode.

Les injections intra-musculaires des différentes eaux minérales, en particulier d'eaux chlorurées sodiques n'ont pas encore fait leurs preuves.

De même le sérum de Marmoreck, celui d'Arloing et Dumarest, le plasma de Quinton n'ont donné que des résultats si inconstants que nous jugeons sage de s'en abstenir.

Du reste, il n'est pas besoin de beaucoup de médicaments pour traiter les manifestations ganglionnaires de la tuberculose. C'est plutôt une question de bonne hygiène et, suivant les cas, le séjour à la campagne, la cure d'altitude, les stations thermales

ou la mer ; mais ces dernières médications ne sont pas à la portée de tous.

En 1901, Aug. Broca convenait plaisamment que le meilleur moyen de guérir d'une adénopathie bacillaire était d'avoir 2.000 livres de rente ; à notre époque, ce serait sans doute insuffisant.

Ce qu'il faut avant tout, c'est une bonne hygiène ; elle est applicable dans tous les cas ; ni l'âge, ni les conditions du malade ne peuvent entrer en ligne de compte pour sa prescription ; nécessairement elle comportera quelques légères modifications suivant que le sujet sera jeune ou plus âgé, suivant le genre de vie que ses moyens lui permettront.

Pour l'adolescent, comme pour l'adulte, comme pour l'enfant, nous ne saurions trop insister sur la question de l'alimentation. Elle doit être ordinaire mais abondante. On peut instituer ainsi le régime d'un tuberculeux ganglionnaire :

Le matin, potage au lait avec des pâtes, tapioca, vermicelle, sagou ou des farines de céréales : ces potages doivent être assez épais.

Au repas de midi, viande grillée ou rôtie, en quantité relativement peu considérable par rapport aux autres aliments. On insistera particulièrement sur l'importance de pâtes alimentaires : nouilles, macaroni, riz au lait ou au gras : ce sont là des aliments dont la plus grande partie est absorbée sans nécessiter un travail considérable de l'estomac. Les pommes de terre en robe de chambre, avec beaucoup de beurre frais, les œufs frais à la coque

sont également des aliments très recommandés.

Les purées de légumes, de lentilles en particulier, de pois, de haricots, de maïs donnent les meilleurs résultats nutritifs.

Quant aux poissons, tels la sole, la barbue, le turbot, leur valeur nutritive est considérable. Mais la richesse en phosphore des huîtres en fera un élément qu'il convient de ne pas dédaigner. On préfèrera à toute autre espèce l'huître dite Portugaise, qui contient une quantité de liquide très considérable.

Ce sont surtout des ris de veau, des cervelles, du jambon qui seront donnés aux malades jeunes en dehors des aliments déjà cités.

Tous les aliments sucrés, les crèmes diverses, le pudding au riz où à la semoule, les confitures, surtout les gelées de fruits sont à recommander. Les fromages blancs, le petit suisse, la crème fraîche sucrée sont d'une excellente alimentation.

Le soir, le repas sera le même mais on aura avantage à le faire commencer par du bouillon de bœuf qui est un eupeptique puissant.

Il semble que les aliments gélatineux, tels que la tête de veau, pieds de porc, oreille de cochon, gelée de viande jouent un rôle appréciable dans l'alimention des tuberculeux ganglionnaires. C'est du moins l'opinion du professeur A. Robin.

Le traitement général comprendra encore des exercices physiques intelligemment dirigés. Ce qu'il faut à l'enfant, ce sont les jeux de son âge avec leurs élans de joie indispensables à son épanouissement

moral et physique, à l'adulte les sports, pourvu toutefois qu'il ne s'y livre avec trop d'ardeur, au point d'en être las. Le coefficient de fatigue sera fourni par l'analyse des urines, par la quantité d'urée qu'elles renferment. La suralimentation et le travail physique déterminent normalement une augmentation d'urée ; ce qu'il faut, c'est que cette augmentation soit normale et varie proportionnellement au régime et aux exercices imposés.

On se trouvera bien également de la gymnastique suédoise et sans vouloir nous étendre ici longuement sur sa pratique, nous croyons que, appliquée quelques instants une ou deux fois par jour, elle peut rendre de grands services.

Le travail intellectuel ne sera pas proscrit mais les heures en seront diminuées.

Le repos a une grande importance. On défendra les veillées, car ainsi que le dit un vieux dicton populaire « Les heures de sommeil avant minuit comptent deux ».

La question du lit a aussi son importance et nous ne saurions mieux la résumer que par cette citation : « Il importe de s'habituer à être mal couché, c'est le moyen de ne plus trouver de mauvais lit. En général la vie dure, une fois tournée en habitude multiplie des sensations agréables, la vie molle en prépare une infinité de déplaisantes. Les gens élevés délicatement ne trouvent plus de sommeil que sur le duvet, les gens accoutumés à dormir sur les planches le trouvent partout. Il n'y pas de lit dur

pour qui s'endort en se couchant (J.-J. Rousseau. *Emile*). Quatre années de tranchées en ont convaincu tous les combattants.

S'il est possible on conseillera à l'ouvrier des villes un métier au grand air en lui proscrivant les ateliers.

On lui ordonnera encore un traitement facile à suivre dans sa famille.

1° Des lotions froides ou tièdes tous les jours et sur tout le corps suivies de frictions (une serviette ordinaire y suffira) ;

2° L'aération permanente, jour et nuit, de sa chambre à coucher.

On le mettra en garde contre les excès génitaux.

On lui interdira l'alcool d'une façon absolue ; non pas les deux verres de vin par repas dont il a besoin (ils sont utiles, sinon nécessaires au travailleur), mais les apéritifs et les petits verres.

On lui défendra de fumer, en se rappelant qu'il est plus facile de supprimer complètement le tabac que de diminuer la quantité qu'on a pris l'habitude de consommer.

Enfin, au lieu d'habiter en pleine ville, l'ouvrier ira se loger au dehors ; sa chambre unique, sombre, mal aérée, donnant souvent sur une cour privée des rayons du soleil, étroite, encaissée, entre de hauts murs qui laissent à peine entrer le jour, il la changera contre deux ou trois pièces plus spacieuses et bien aérées ; les soins de propreté qu'il ignorait ou qu'il n'aura souvent acceptés qu'avec méfiance, il les aimera.

Pour les personnes plus aisées, la campagne, la cure de moyenne altitude seront surtout indiquées pour les malades atteints simultanément de tuberculose ganglionnaire et pulmonaire, les deux seront excellentes par le repos intellectuel qu'elles procureront, par le grand air qu'on y trouvera loin des exigences mondaines, des tentations théâtrales, des salles de café ou de concert, de tous ces lieux où l'on respire mal dans une atmosphère poussiéreuse et malsaine. Si, au contraire, les lésions pulmonaires sont minimes, si elles se réduisent à une inspiration rude, une expiration prolongée, un peu de retentissement vocal, une légère submatité et que l'état général soit bon, on ordonnera, avec avantage le littoral, mais un littoral particulier. Ce sera par exemple Hendaye, Arcachon, Banyuls, Saint-Trojan, c'est-à-dire des stations maritimes bien abritées et à climat doux.

La plupart des malades présentent exclusivement des manifestations ganglionnaires. A ceux-là on prescrira une cure thermale appropriée, ou le littoral, mais cette fois, une station marine à climat rude, sec, balayée par les vents du large.

Rappelons brièvement les qualités les plus importantes du climat marin qui faisaient écrire à Michelet :... Donc la science a pu dire à tous ; venez ici Nations, venez travailleurs fatigués, jeunes femmes épuisées, enfants punis des vices de vos pères ; approchez Pâle Humanité, et dites-nous en face de la mer ce qu'il vous faudrait pour vous relever ; ce prin-

cipe quelqu'il soit, il se trouve en elle... (*La mer*).

L'air marin étant à son maximum de densité le volume de chaque inspiration contient relativement une plus grande quantité d'oxygène, il renferme trois fois plus d'ozone que l'air continental.

Lorsque le vent souffle du large il cueille sur les crêtes des vagues des gouttelettes d'eau de mer qui finement pulvérisées (poudrain) restent en suspension dans l'air. La présence de ces principes salins a été constatée par Duphil et Gautier et si la quantité absorbée par les poumons est peu considérable, leur action physiologique est indéniable et paraît due à l'état physique et électrique spécial sous lequel ils se trouvent (état colloïdal et dissociation électrolytique, ionique) ainsi que l'ont établi Poehl (Congrès de Biarritz 1903 et plus récemment le prof. Robin).

La mer joue le rôle d'un vaste régulateur thermique absorbant de la chaleur l'été, qu'elle restitue l'hiver, atténuant grâce à une évaporation constante, les fortes chaleurs de la saison chaude.

Le vent, caractéristique habituelle du climat marin, possède une action dynamique considérable et en rapport direct avec son intensité (Maurel de Toulouse, Société de Biologie, 1907-1908).

Enfin le climat marin compte à son actif la réverbération des rayons chimiquement actifs par la mer et la présence dans l'air de diverses substances précieuses (brome, iode, silice).

En résumé le climat marin provoque les phénomènes suivants :

Augmentation de l'appétit.

Activité des fonctions respiratoires.

Augmentation des globules rouges.

Augmentation des échanges azotés.

Augmentation de la diurèse.

Diminution de la déminéralisation.

Utilisation meilleure du phosphore alimentaire.

Augmentation de la consommation des matières albuminoïdes.

Disons que Berck est la plage qui possède particulièrement cette action stimulante et tonique, mais que toutes les plages du Nord offrent à peu près les mêmes avantages.

CHAPITRE III

Nous allons indiquer dans ce chapitre qui constitue la partie originale de ce travail quels sont les principes que sur les conseils et sous la direction du Dr Dufourmentel nous avons appliqués à l'extirpation des ganglions du cou. Ils peuvent se résumer ainsi.

Exérèse large poussée jusqu'au tissu sain.

Suture de la plaie opératoire par première intention au prix d'un déplacement de peau s'il le faut.

Ne jamais drainer d'aucune façon.

Nous allons successivement passer en revue les cas pour lesquels nous avons été amenés à intervenir et la façon dont nous avons conduit chaque intervention.

1° *Gros ganglions mobiles et isolés.*

L'incision sera petite comme le recommande le Dr Ménard, de Berck, et juste suffisante pour « accoucher » le ganglion.

La direction du ganglion sera poussée le plus loin possible. Il n'est pas rare de constater qu'un ganglion tuberculeux mobile est inclus dans une succession de plans fibreux absolument de la même façon qu'un goitre est inclus dans une suite d'aponévroses. L'extirpation en sera d'autant plus facile qu'on aura poussé la dissection plus près du tissu même du ganglion. C'est en voyant notre maître Sébileau pratiquer avec soin cette dénudation pour les goitres et en tirer un grand bénéfice au point de vue de la rapidité et de la simplicité de leur exérèse que nous eûmes l'idée de l'appliquer au ganglion tuberculeux mobile. Il n'y a pas d'inconvénients à n'arrêter cette dissection qu'au contact même du parenchyme ganglionnaire que l'on peut parfois même entamer : on extirpe alors de la poche fibreuse la pulpe ganglionnaire sous forme d'un amas friable ; l'opération n'en est pas moins bonne.

Après énucléation du ganglion on procède à une

hémostase soignée et l'on pratique la suture immédiate et totale de la plaie au moyen d'agrafes de Michel.

2° *Ganglions adhérents non fistulisés.*

Ces ganglions doivent être extirpés en partant de la profondeur. Il convient donc de rechercher immédiatement les plans profonds, d'atteindre la jugulaire interne et les gros vaisseaux et de disséquer de dedans en dehors. Pour cette dissection nous rejetons absolument l'emploi de bistouris et autant que possible celui de la sonde cannelée, l'opérateur ne doit se servir que du doigt et de la compresse pour rechercher le plan de clivage entre les vaisseaux et les ganglions.

Cas particuliers :

a) *Ganglions sous-mastoïdiens.* — Ces ganglions sont situés dans une zone particulièrement fibreuse et très aponévrotique.

La dissection en est par conséquent toujours très pénible et il faut savoir s'armer de patience et pousser la dissection très méthodiquement et sans précipitation.

b) *Ganglions de la nuque.* — Ces ganglions sont toujours très adhérents entre eux et aux plans voisins. Ils sont souvent plongés dans un tissu inflammatoire de périadénite dans lequel il faut pour ainsi dire sculpter le spinal.

c) *Ganglions rétro-claviculaires.* — Leur extirpa-

tion est souvent difficile car ils descendent très bas dans le médiastin et c'est de l'extrémité du doigt qu'il faut aller les chercher.

3° *Ganglions suppurés non fistulisés.*

Nous ne faisons aucune différence entre l'extirpation des ganglions non suppurés et celle des ganglions suppurés non fistulisés. Le pus s'est répandu quelquefois abondamment dans la plaie au cours de l'opération, jamais cependant nous n'avons manqué d'obtenir une réunion par première intention et une cicatrisation complète en six jours. Nous sommes d'avis qu'il faut absolument négliger la suppuration. Des examens faits à de multiples reprises au laboratoire de la IV[e] armée par les D[rs] Sacquepée, Wissenbach et Gautier puis renouvelés à Rennes par le D[r] Bodin nous ont toujours démontré que ce pus est pratiquement stérile.

4° *Ganglions fistulisés.*

Dans ce cas le pus contient des germes d'infection secondaire qu'il faut éviter d'aggraver. Il convient donc de procéder avec la même aseptie que pour les autres cas. Il faut alors aussi de toute nécessité faire porter les incisions en dehors des fistules aussi loin que possible. Beaucoup de chirurgiens se contentent d'inciser d'une fistule à l'autre comme pour les fistules anales. Ce procédé doit être abandonné.

Il faut opérer en pleine peau saine après résection des trajets fistuleux comme l'on fait pour les fistules sus-hyoïdiennes par exemple. D'autre part deux précautions sont nécessaires : faire une hémostase soignée et avant de refermer la plaie, l'inonder d'éther ou d'alcool-éther.

5° *Tumeurs ganglionnaires largement ulcérées.*

Il n'est pas rare que des ganglions fistulisés depuis longtemps s'ouvrent à la surface de la peau par une large ulcération résultant de la confluence des fistules et du sphacèle cutané à leur voisinage.

Ces fungus doivent aussi être traités par l'extirpation complète. L'incision passera en tissu sain de chaque côté de l'ulcération et la dissection devra tendre à libérer la masse de tissu tuberculeux et à mettre à nu un plan de tissu sain. C'est là une véritable sculpture parfois très pénible.

Si après cette large résection il était impossible de fermer la plaie par simple rapprochement des lèvres, on le ferait par autoplastie comme nous le dirons plus loin.

B) **Refermer par première extension.**

C) **Ne jamais drainer.**

L'extirpation des premiers cas de bacillose ganglionnaire que nous avions vu opérer nous avait conduit à cette notion que le drainage devait être

systématique et qu'il laissait en général après lui une fistule qui se tarissait en un temps variable parfois très court, le plus souvent assez long.

Le drainage filiforme nous parut dès lors avoir sur le drainage caoutchouté une réelle supériorité. Il exposait moins à la fistulisation et en tous cas à une fistulisation plus étroite et de moindre durée. Souvent même la réunion se faisait si étroite autour des crins que dès le deuxième ou le troisième jour, on devait pour les enlever faire une véritable petite désunion qui paraissait regrettable puisqu'aucun écoulement séreux prouvant l'utilité du drainage n'en consolait. C'est ainsi que nous fûmes conduit à soupçonner que dans bien des cas la fistulisation pouvait être la conséquence du drainage lui-même et qu'on l'éviterait en supprimant celui-ci.

Nos premiers essais portèrent seulement sur des adénopathies non suppurées ; mais devant les résultats nous eûmes la pensée que si la suppuration n'était qu'un ramollissement aseptique du parenchyme ganglionnaire — aseptique au point de vue des germes habituels de la suppuration, mais non, bien sûr au point de vue du bacille de Kock — il n'y avait pas d'inconvénients à étendre la fermeture intégrale à ces cas mêmes.

Des examens répétés au laboratoire de la IV• armée nous donnèrent cette garantie et nous conduisirent à cette seconde étape.

Enfin nous pensâmes que si dans les cas mêmes où des fistules déjà existantes avaient ouvert la porte

à des infections secondaires on prenait soin de faire passer les incisions et la dissection en dehors des zones infectées, on pourrait tenter ainsi la suppression du drainage et obtenir la réunion primitive.

Il y avait là d'ailleurs l'application d'une idée ambiante, encore mal précisée, qui d'ailleurs l'est encore mal à l'heure actuelle, qui est cette grande question des *sutures primitives*.

En effet, le dogme de l'ouverture et du drainage large des plaies de guerre — toutes incontestablement septiques — fut peu à peu ébranlé par de nouvelles conceptions.

Au lieu d'attribuer le principal rôle aux germes septiques dans la genèse de la suppuration, on accusa de plus en plus le terrain et de moins en moins la semence. Celle-ci paraît vouée à l'inaction dans un tissu non meurtri ayant conservé tous ses moyens spontanés de défense.

La pratique des sutures primitives et ses excellents résultats prouvèrent la vérité de cette doctrine.

Des audacieux poussèrent plus avant et nous connaissons personnellement des essais de sutures primitives faites non plus après des lésions traumatiques, mais après des lésions inflammatoires sans rapport avec un traumatisme.

Nous ne pouvons entrer dans le détail de ces cas qui n'ont pas encore été publiés et qui sont seulement à l'étude, mais nous pouvons signaler qu'ils ont déjà fait naître des essais peut-être exagérés à tendances encore trop futuristes que la Société de Chi-

rurgie (séance du 30 juillet 1919) a dû modérer par des discussions réprobatives. La réprobation eut peut-être même été émise sous forme de vœu unanime sans la prudence d'un de ses membres qui réclama pour ceux qui n'avaient pas pris part à la discussion un supplément d'information.

Est-ce là cependant une pratique vraiment nouvelle. L'excision suivie de suture intégrale n'est-elle pas déjà souvent acceptée pour les fistules anales et même pour certains processus nettement aigus tels que l'anthrax ?

Sans nous écarter du cas particulier qui nous occupe toutes ces considérations n'ont-elles pas en ce qui le concerne une réelle valeur ? Le fait de faire porter les incisions et la dissection en tissu sain, hors des zones déjà en état de moindre vitalité, n'est-il pas une application de cette doctrine nouvelle de l'importance prépondérante de la qualité du terrain ?

Et la crainte que l'attrition provoquée par le contact du drain, fut-il réduit à un ou deux jours, puisse être un appel à la fistulisation dans ces tissus déjà amoindris par la tuberculose, n'en est-elle pas un corollaire dont il est logique de tenir compte ?

Nous avons toujours eu à nous louer de cette manière d'opérer et c'est ce que nous avons voulu faire ressortir dans ce travail.

Pour cela il est nécessaire, naturellement, de faire une hémostase absolument complète. Si dans les jours suivants nous constatons qu'un suintement

lymphatique s'est produit, nous le ponctionnons avec une seringue de Pravaz et une aiguille fine.

Nous faisons quelquefois la suture au fil de soie avec une fine aiguille courbe semblable aux aiguilles d'oculiste en faisant en sorte de bien affronter les deux lèvres de la plaie.

Le plus souvent nous employons les agrafes de Michel qui ne laissent dans la suite qu'une trace insignifiante.

D) Complications et difficultés opératoires.

1° *Pendant l'opération.*

La plupart des complications opératoires ont été discutées depuis longtemps par les élèves de Broca (Binet 1894, Manson 1895) et par Auguste Broca lui-même au Congrès de chirurgie de 1901 pour lequel il était rapporteur de cette question.

Mais d'abord l'extirpation de ganglions tuberculeux du cou est-elle une opération difficile ? Nous pouvons à cette question répondre par l'affirmative. Elle demande souvent beaucoup de soin et une assez grande pratique de ces régions particulièrement vasculaires.

Est-il possible de la faire complète dans tous les cas ? — L'impossibilité de la faire complète a été admise par Sébileau, par Le Dentu (*Presse Méd.*, Paris 1894). Nous nous rallions entièrement à cette

vue théorique, pratiquement, le seul but poursuivi est de supprimer tout ce qui est macroscopiquement malade et par là d'épargner au sujet un effort de défense et de résorbtion coûteux et prolongé.

Cette opération est-elle grave ? Bergmann a eu des hémorragies mortelles, Milton un cas de mort à la suite de la section du pneumogastrique ; le cas de Poulet est resté célèbre puisqu'il motiva la mise à l'index de cette intervention par la Société de Chirurgie en 1884. D'une façon générale elle est sans gravité si on mesure ses indications à la résistance du sujet.

Examinons les principaux incidents qui peuvent se produire.

a) *Lésions vasculaires.* — Les hémorragies sont toujours assez abondantes quand il s'agit de ganglions adhérents. Elles ne deviennent menaçantes que lorsqu'on atteint les gros troncs veineux qu'il est toujours facile d'aveugler par une pince.

Au besoin on procède à la résection de la jugulaire interne, elle est inoffensive. (Réponse de MM. Sébileau, Morestin et Quénu au rapport de M. Hartmann sur deux cas de ligature de la jugulaire interne par L. Bazy. *Bull. Soc. de Chir.*, 3 mai 1916).

Les lésions de la carotide primitive sont rares. Auguste Broca pendant sa longue pratique n'eut jamais à la lier.

Les lésions de l'artère faciale sont plus fréquentes dans l'extirpation des ganglions sous-maxillaires. Il est toujours facile d'en arrêter l'hémorragie.

L'entrée de l'air dans les veines doit être excessivement rare. Binet n'en a trouvé que deux cas. De plus les morts enregistrées douze jours après intervention dans le cas de Roux, huit jours après dans le cas de Reynier ne paraissent guère lui être imputable. Ce doit être un accident dont les suites fâcheuses sont immédiates. Nous n'avons jamais constaté cette complication opératoire.

b) *Lésions nerveuses.* — Dans l'extirpation des ganglions sous-mastoïdiens ou dans ceux antérieurs de la région sous-maxillaire la section de quelques filets terminaux du facial est presque inévitable. Il en résulte une légère déviation de la commissure labiale qui généralement s'atténue au bout de quelques semaines.

Quant à la section de la branche sternomastoïdienne du spinal, elle est sans importance. Milton l'a sectionnée plus de cinquante fois sans inconvénients. On sait en effet que pour innerver le trapèze il s'anastomose avec la troisième paire cervicale.

c) *Lésions glandulaires.* — On sait que les ganglions sous-maxillaires sont situés le long de l'artère mentonnière dans la loge sous-maxillaire tout près de la glande du même nom. Il arrive fréquemment qu'elle soit intéressée dans l'extirpation de ces ganglions.

Dans ce cas la doctrine généralement admise est qu'il vaut mieux enlever complètement la glande lésée pour éviter la production d'une fistule salivaire.

A notre avis cette précaution n'est nullement

nécessaire ; nous ne l'avons jamais fait et nous n'avons jamais vu d'accident consécutif durable.

d) *Difficulté de fermer la plaie.* — La plupart du temps, après extirpation de ganglions tuberculeux, la peau est suffisamment décollée pour permettre de refermer la plaie et de faire une suture sans exercer de traction sur les lambeaux.

Mais il est des cas, dans les extirpations sous-maxillaires en particulier, surtout après résection d'une portion cutanée, où cette fermeture est difficile ou ne pourrait être tentée qu'en exerçant sur la suture une assez forte traction.

Dans ces cas nous n'hésitons pas à faire un déplacement cutané avec un lambeau pédiculé pris à proximité. On sait à quels résultats « esthétiques » on est arrivé par ces déplacements dans le traitement des plaies de la face.

Il est important de supprimer toute traction sur les lèvres de la plaie car c'est là, pensons-nous, une cause fréquente de chéloïde.

Nous terminerons ce chapitre de technique en disant quelques mots concernant l'anesthésie et l'éclairage du champ opératoire.

Nous avons opéré le plus souvent sous anesthésie générale. Elle est nécessaire pour les cas de masses volumineuses et étendues. Elle permet de conduire l'intervention plus rapidement et plus commodément.

Nous ne saurions trop recommander pour cette anesthésie l'emploi du tube que le professeur Delbet

a présenté au Congrès de chirurgie en 1905. Il est d'une application excessivement facile et permet l'éloignement de l'anesthésiste, source toujours possible de contamination. Son petit volume laisse tout le champ opératoire libre. Enfin il permet de maintenir la tête de l'opéré dans la position désirée sans nuire à la bonne marche de l'anesthésie.

L'anesthésie locale à la cocaïne peut rendre des services pour les extirpations de petite étendue, mais il faut se rappeler qu'on ne sait jamais exactement jusqu'où l'on sera conduit à pousser l'exérèse. Il convient, avec ce mode d'anesthésie, d'injecter la solution plan par plan, ce qui allonge par conséquent la durée de l'intervention. Nous nous servons habituellement d'une seringue de dentiste à cause de sa grande puissance et de la finesse de son aiguille.

Il faut noter que les tissus œdématiés par la solution laissent écouler une plus grande quantité de sérosité pendant l'intervention et sont peut-être moins bien préparés pour une cicatrisation rapide.

Nous nous sommes servi chaque fois pour éclairer le champ opératoire de la lumière électrique à l'aide du miroir de Clar. Cette pratique, à notre avis, doit être répandue. Grâce au miroir frontal en effet il est possible d'éclairer les moindres anfractuosités de la plaie opératoire. Ceci a bien son importance puisqu'il s'agit de voir à travers une incision qui doit être la plus petite possible.

2° *Après l'opération*

a) *Hématome.* — Malgré tout le soin apporté à l'hémostase, il peut se produire dans les jours qui suivent l'extirpation un léger hématome. S'il n'a pas tendance à se résorber seul, il est bon d'appliquer *in loco* des compresses humides et chaudes qui aideront à sa disparition. Mais le sang étant toujours accompagné d'un léger suintement lymphatique, reste pendant un certain temps semi-liquide et dans ce cas nous préférons ponctionner l'hématome avec une aiguille fine.

b) *Fistules.*—Nous n'avons jamais observé de stase œdémateuse et éléphantiasique importante consécutivement à l'extirpation. On sait avec quelle rapidité les vaisseaux lymphatiques se régénèrent. Au besoin nous interviendrions comme pour l'hématome.

Quant à la fistulisation tuberculeuse proprement dite, nous pensons qu'elle est provoquée par le drainage. Nous l'avons depuis longtemps supprimé dans toutes nos interventions et nous avons toujours eu à nous louer de cette manière de faire. Quelques auteurs (N. Dowd, *Annals of surgery*, 1905, vol. 42, p. 65) ont fait l'intéressante confession de le conserver « par routine » et laissent le drain pendant vingt-quatre heures. D'autres (Broca) considèrent qu'il est indispensable et qu'un drain gros et long peut être laissé jusqu'au huitième jour. Nous déconseillons absolument ces deux façons d'agir.

c) *Infection.* — Cette opération de l'extirpation doit être conduite avec toute l'aseptie d'une intervention péritonéale. Nous savons que le pus tuberculeux est pratiquement aseptique, l'infection pourra par conséquent être toujours évitée dans les ganglions non fistulisés.

Dans les ganglions fistulisés c'est en pratiquant leur exérèse complète ainsi que celle du trajet fistuleux qu'on arrivera au même résultat pratique.

d) *Cicatrice chéloïdienne.* — Nous pensons qu'elle peut être évitée par l'emploi des agrafes de Michel, après affrontement très exact des deux lèvres de la plaie opératoire. Nous les avons employées le plus souvent possible. Nous nous sommes servi aussi d'aiguilles fines et courbes d'oculiste pour faire des sutures au fil de soie. Tous nos opérés sont partis avec une cicatrice absolument rectiligne et ceux que nous avons revus plus tard, n'ont pas présenté la moindre trace de chéloïde, sauf un (obs. XXVI) chez qui nous avions dû faire une large résection cutanée.

Inutile de dire que nous avons toujours recherché à faire une cicatrice la plus esthétique possible. Beaucoup d'incisions ont été recommandées dans ce but. Quelques pratiques même nous paraissent à déconseiller formellement ; ainsi celle de Morestin qui atteignait des ganglions sous-maxillaires, par voie buccale infectant à coup sûr son foyer opératoire.

La cicatrice peut être parfois cachée dans un pli de la peau.

Les femmes que nous avons opérées ne nous ont

pas caché leur préférence pour une cicatrice même apparente plutôt que pour une petite fistule intarrissable ou une chaîne ganglionnaire qui leur déformait le cou.

Nous pensons que la chéloïde se produit de préférence dans la cicatrisation des plaies sur les lèvres desquelles est exercée une traction ou un tiraillement. Aussi n'hésitons-nous pas pour parer à cet inconvénient à faire des déplacements de lambeaux cutanés permettant d'avoir une plaie lâche. Nous avons obtenu de cette façon des cicatrices souples et sans tendance à la chéloïde.

e) *Généralisation tuberculeuse*. — Comme MM. Ménard et Calvé, nous ne croyons pas à l'ensemencement tuberculeux occasionné par l'acte opératoire. Ces chirurgiens ont établi une statistique des cas de méningite tuberculeuse survenus à l'hôpital maritime de Berck de 1902 à 1912 et, se reportant aux cahiers de la salle d'opération, ils ont pu se convaincre qu'il n'y a aucune corrélation entre les accidents méningés et les interventions sanglantes. Swartz, Thierry, étaient arrivés au même résultat (Congrès de chirurgie, 1889).

f) *Récidive*. — Nous pensons qu'une récidive d'adénopathie tuberculeuse doit être envisagée dans le pronostic post-opératoire. Aussi ne doit-on rien négliger pour l'éviter. Nous estimons qu'il est nécessaire pour arriver à ce but de faire disparaître toutes les causes possibles d'infection partant des cavités naturelles avoisinantes.

On connaît les rapports fréquents de la tuberculose ganglionnaire cervicale avec les végétations adénoïdes, l'hypertrophie des amygdales ou la carie dentaire.

On sait qu'elle coïncide souvent avec les poussées congestives de la première dentition.

Aussi pensons-nous que la désinfection minutieuse, chirurgicale, s'il en est besoin, du nez, de la bouche, du pharynx, même de l'oreille et du cuir chevelu, la parfaite mise en état du système dentaire sont les précautions nécessaires qui doivent accompagner l'extirpation.

Terminons en disant que le traitement local n'est qu'un traitement épisodique aidant l'organisme à surmonter l'infection tuberculeuse en le débarrassant d'un foyer contre lequel il lutterait difficilement.

Il est bien entendu que le traitement général dont il n'est qu'un adjuvant, ne devra jamais lui être sacrifié. Tous les soldats pour lesquels nous avons eu à intervenir ont été envoyés à la campagne ou à la mer, quand cela était possible, en convalescence de deux mois, après avoir reçu les soins dentaires utiles.

OBSERVATIONS

Obs. I. — L... Pierre-Marcel, sous-lieutenant, 14e hussard, 4e escadron, classe 1902.

Entre à l'hôpital le 29 septembre 1917 pour adénopathie suppurée sous-maxillaire sans cause intra-buccale ou pharyngée certaine.

Ponction : Pus liquide.

Examen au laboratoire (Dr Sacquepée). Pas de microbes. Culture = 0.

Première ponction et injection du thymol camphré le 29.

Deuxième ponction le 5 octobre. On retire 25 centimètres cubes de liquide purulent environ,

Le 5 novembre, extirpation chirurgicale. On retire un gros ganglion suppuré et plusieurs petits.

Le 7 novembre, bon état de la plaie, suppression du drainage ; pas la moindre tache de sérosité dans le pansement ; le malade est un peu fatigué de l'intervention. Eruption urticarienne et angine légère.

Le 15, départ en convalescence de deux mois.

Obs. II. — M... Marius, 2e classe, 3e génie, classe 1906.

Entre à l'hôpital le 7 novembre 1917 pour adénite sous-maxillaire aggravée au cours des opérations.

On constate une grosse adénopathie cervicale étendue depuis la région sous-mastoïdienne jusqu'à la partie inférieure du cou ; le plan superficiel est suppuré.

Le 16, extirpation sous chloroforme. On est amené à disséquer soigneusement les organes profonds. Drainage filiforme au point déclive.

Le 18, très bon état. Suppression des crins de drainage. Il n'y a pas la moindre tache de sérosité sur les compresses.

Départ en convalescence le 30.

Obs. III. — M... Antoine, 2e classe, 2e groupe d'aviation de Sommesous, classe 1908.

Entre à l'hôpital le 6 décembre 1917 pour adénite sous maxillaire droite.

Le 17, extirpation sous anesthésie générale à l'éther. On est conduit en haut jusqu'à la mastoïde, dans la profondeur jusqu'au plan vasculaire, en bas jusqu'à l'os hyoïde. On extirpe 8 a 10 ganglions non suppurés formant un volume total de quatre ou cinq noix.

Drainage filiforme et réunion par première intention.

Le 19, on supprime le drainage. Il ne s'est rien écoulé dans le pansement.

Sort le 31 décembre 1917.

Revu comme chauffeur de taxi en juillet 1919. Très bon état. Cicatrice à peine visible.

Obs. VI. — S... François, 2e classe, 99e infanterie, classe 1897.

Entre à l'hôpital le 27 décembre 1917 pour adénite subaiguë d'origine indéterminée.

Le 15 janvier 1918, extirpation d'un paquet ganglionnaire bacillaire sous-angulo-maxillaire. Réunion par première intention, pas de drainage.

Suites normales. Le 30 janvier départ en convalescence réglementaire.

Obs. V. — M... Louis, 2e classe, 115 infanterie, classe 1917.

Entre à l'hôpital le 27 décembre 1917 pour adénite cervicale étrangère au service.

Le 16 janvier 1918, extirpation d'un gros paquet ganglionnaire sous-mastoïdien très adhérent ; tous les plans

depuis la mastoïde jusqu'à la partie inférieure du cou et depuis la veine jugulaire interne jusqu'au trapèze. Pas d'incidents opératoires.

Réunion par première intention sans drainage.

Départ en convalence réglementaire le 30 janvier 1918.

Obs. VI. — L... Armand, 2e cl., 24e artillerie, 5e batterie, classe 1913.

Entre à l'hôpital le 27 novembre 1917 pour périostite du maxillaire inférieur et adénite sous-maxillaire droite.

On trouve une masse ganglionnaire du volume d'un gros œuf sous la branche horizontale droite. La dent de six ans vient d'être enlevée. On ne sent pas de trait d'union entre les dents et la masse ganglionnaire.

Le 30, ponction. Examen du pus : Aseptique.

Le 15 décembre, ponction. Injection de thymol camphré.

Le 20 décembre, ponction. Injection d'éther iodoformé.

Le 20 janvier 1918, extirpation de la masse ganglionnaire. Elle est très adhérente et non suppurée. On trouve une glande sous-maxillaire très volumineuse que l'on résèque en partie.

Extirpation d'une autre masse ganglionnaire inférieure sous-claviculaire. Elle est suppurée. Elle s'ouvre pendant les manœuvres d'extirpation et le pus inonde le champ opératoire. Nombreuses adhérences de la poche avec un lobe droit thyroïdien très volumineux que l'on résèque en même temps. Lavage à l'alcool-éther.

Suture par première intention sans drainage, Suites normales.

Obs. VII. — C... Christian, maréchal des logis, 83e artillerie, classe 1912.

Entre à l'hôpital le 11 février 1918 pour adénite fistulisée sous maxillaire gauche.

Le foyer ne paraît pas en rapport avec les dents, cependant une prémolaire gauche présente une carie pénétrante.

Extirpation le 16 février. Lavage à l'alcool-éther. Suture sans drainage.

Avulsion de la dent cariée.

Exeat le 4 mars 1918.

Obs. VIII. — P... Fernand, 2e classe, 104e infanterie, classe 1918.

Entre à l'hôpital le 20 février 1918 pour adénites bacillaires chroniques à localisation multiples.

On trouve en effet des paquets ganglionnaires développés surtout dans la région sous-mastoïdienne droite, quelques ganglions sus-claviculaires et axillaires.

Le 3 mars, extirpation sous anesthésie générale au chloroforme. On est obligé d'aller jusque dans la région postérieure du cou, presque dans la nuque.

Pas d'incidents opératoires.

Le 11 mars, bon état.

Exeat le 20. Départ en convalescence de deux mois.

Obs. IX. — V... Louis, 2e classe, 118e A. L. 1re S. M. A., classe 1894.

Entre à l'hôpital le 4 mars 1918 pour abcès froid sous-maxillaire.

Le 7, ablation d'un ganglion bacillaire suppuré droit sous anesthésie cocaïnique. Suture par première intention avec des agrafes de Michel. Pas de drainage.

Le 10 mars, gonflement de la plaie et fistule salivaire très légère.

Le 28, la fistule est tarie.

Le 29 mars, départ en convalescence réglementaire.

Obs. X. — R... 2e classe, 25e bataillon Malgaches, no 23.923, né vers 1900.

Entre à l'hopital le 16 mars 1918 pour adénite cervicale droite.

Le 20, extirpation de ganglions bacillaires de la région sous-maxillaire, sus-hyoïdienne et sous-sterno-mastoïdienne.

Réunion par première intention au fil de soie sans drainage.

Le 5 avril, départ en convalescence de deux mois.

Obs. XI. — D... Alphonse, 2e classe, 308e A. L., 8e batterie classe 1915.

Entre à l'hôpital le 5 juin 1918 pour adénopathie bacillaire cervicale.

Le 7, extirpation d'une grosse masse ganglionnaire rétro-sterno-mastoïdienne droite suppurée. Anesthésie à l'éther.

Pas d'incidents. Suture complète sans drainage. Guérison normale.

Obs. XII. — C... Louis, 2e classe, 11e tirailleurs algériens, classe 1914.

Entre à l'hôpital le 8 septembre 1918 pour adénite cervicale.

Le 10, extirpation d'un fungus tuberculeux sous anesthésie générale.

Pas d'incidents. Suture par première intention avec des agrafes de Michel. Pas de drainage.

Guérison normale en douze jours.

Obs. XIII. — B... Emmanuel, caporal, 10e section infirmiers militaires, classe 1896.

Entre à l'hôpital le 18 septembre 1918 pour adénopathie cervicale tuberculeuse suppurée droite.

Le 17 septembre 1918, extirpation sous anesthésie générale à l'éther.

Pas d'incidents. Suture aux agrafes de Michel sans drainage.

Obs. XIV. — L... Arthur, 2e classe, 233e infanterie, classe 1901.

Entre dans le service le 17 décembre 1918 pour adénopathie.

Le 18 décembre, extirpation de ganglions tuberculeux de la région sous-maxillaire gauche. La glande sous-maxillaire très hypertrophiée est enlevée en même temps.

Anesthésie générale à l'éther. Suture avec des agrafes de Michel sans drainage.

Le 20 décembre, le malade présente un gonflement sous-maxillaire.

Ponction avec seringue de Pravaz. On retire une sérosité hématique contenant une certaine quantité de salive.

Exeat le 2 janvier 1919.

Obs. XV. — M... Lucie-Jeanne, vingt et un ans.

Adénopathie bacillaire suppurée de la région cervicale droite et de la nuque de la grosseur d'un œuf. Il existe un

fungus de 2 centimètres sur 2. La peau est très amincie autour de cette zone ulcérée et est décollée sur une vaste étendue. Plus bas, à 2 centimètres de la limite palpable de la tumeur existe une fistule.

Le 17 août 1918, extirpation de la masse ganglionnaire. Dissection de la jugulaire, la section de veines collatérales entraîne une légère hémorragie. Hémostase soignée suivie d'un lavage à l'éther.

Suture intégrale aux agrafes de Michel après résection de la peau altérée et du trajet fistuleux.

Le 27 août, guérison complète. Exeat.

Le 19 septembre 1918, après un séjour à Jersey la malade revient nous voir ; la guérison se maintient. La cicatrice est souple. Il n'y a pas de tiraillement cutané.

Obs. XVI. — H. R...

Adénopathie cervicale gauche tuberculeuse. Extirpation de la tumeur sans incident le 27 août 1918.

Suture immédiate sans drainage.

Guérison et sortie le 10 septembre.

Obs. XVII. — R... Marie, vingt-cinq ans.

Adénopathie tuberculeuse sus-claviculaire suppurée datant de cinq mois.

Extirpation le 2 septembre 1918. Intervention sans incidents quoique difficile.

Lavage à l'alcool éther.

Réunion intégrale sans drainage.

Exeat le 15 septembre.

Obs. XVIII. — M... Roland, trois ans et demi.

Adénopathie sous-maxillaire tuberculeuse suppurée.

Extirpation sans incident le 2 septembre sous anethésie.

Sortie après guérison le 12 septembre 1918.

Obs. XIX. — H... Joseph, six ans.

Le 4 septembre 1918, extirpation d'une fistule sus-hyoïdienne en rapport avec un ganglion tuberculeux suppuré.

Lavage à l'alcool-éther. Suture sans drainage.

Exeat le 15 septembre.

Obs. XX. — M... Joseph, quarante et un ans.

Adénopathie cervicale tuberculeuse suppurée et fistulisée.

Extirpation sans incident le 7 septembre 1918.

Résection de la surface cutanée où s'est produite la fistule.

Le 20 septembre, exeat. Guérison.

Obs. XXI. — M... Berthe, quinze ans.

Ganglions tuberculeux sous-mastoïdiens anciennement fistulisés.

Le 17 septembre, extirpation.

Lavage à l'éther. Résection du trajet fistuleux.

Suture intégrale sans drainage.

Guérison en dix jours sans incidents.

Obs. XXII. — T... Catherine, trente-cinq ans.

Le 28 septembre 1918, extirpation de ganglions cervicaux non suppurés tuberculeux.

Pas d'incidents opératoires. Suture sans drainage.

Sortie après guérison le 10 octobre 1918.

Obs. XXIII. — H... Désiré, trente ans.

Le 3 octobre 1918, extirpation d'une volumineuse masse ganglionnaire tuberculeuse.

Technique habituelle. Pas d'incidents.

Le 15 octobre, exeat.

Obs. XXIV. — F... Adelaïde, vingt et un ans.

Le 5 octobre 1918, extirpation de ganglions tuberculeux suppurés adhérents.

La dissection des vaisseaux est pénible.

Hémorragie de la faciale et ligature de cette artère.

Lavage à l'alcool-éther.

Suture intégrale sans drainage.

Suites opératoires normales.

Le 20, la malade sort.

Obs. XXV. — L... Marcel-Georges, dix ans.

Adénopathie sous-mastoïdienne et sous-maxillaire gauche fistulisée.

Le 8 novembre 1918, extirpation de la chaîne ganglionnaire cervicale gauche. On retire de volumineux ganglions mi-calcifiés, mi-suppurés.

On résèque une grande partie cutanée ulcérée et violacée, ce qui nécessite la taille d'un lambeau cutané pris dans la région sus-claviculaire.

Suture avec des agrafes de Michel.

Le 13 novembre, on enlève la moitié des agrafes.

Le 15, on enlève le reste des agrafes.

Pas d'incidents dans la suite.

Le petit malade sort le 25.

Depuis nous en avons eu d'excellentes nouvelles.

Obs. XXVI. — N... Georges, neuf ans.

Adénopathie cervicale tuberculeuse gauche.

Le 15 novembre 1918, extirpation sans incidents opératoires.

Suture intégrale de la plaie sans drainage.

Le 25, exeat.

En mars 1919, ablation d'une chéloïde apparue depuis quelques jours et qui ne s'est pas reproduite depuis.

Obs. XXVII. — A... Pauline, vingt-quatre ans.

Adénopathie cervicale tuberculeuse droite depuis l'âge de dix ans.

Le 11 janvier 1919, extirpation par la technique habituelle.

Suture intégrale sans drainage.

Guérison et sortie le 25 janvier 1919.

Obs. XXVIII. — G... Rachel, quarante ans.

Adénopathie sous-maxillaire trilobée du volume d'un œuf.

Apparition dans la première enfance.

Depuis la grosseur a varié de volume et d'aspect mais n'a jamais disparu.

La malade a toujours suivi un régime sévère.

En juin 1916, érysipèle de la face de cause inconnue ayant évolué sans complications, mais après disparition de cette affection le paquet ganglionnaire se mit à grossir rapidement, devint fluctuant et s'ouvrit en deux points.

La suppuration peu abondante est continue.

En novembre 1916, l'extirpation est décidée.

Opération à l'anesthésie locale à la cocaïne. Exérèse large. Lavage à l'alcool-éther.

Suture intégrale sans drainage.

Guérison complète en une quinzaine de jours.

La malade est revue en novembre 1917.

La guérison se maintient, la cicatrice est souple.

Des nouvelles plus récentes encore nous ont confirmé la persistance de la guérison.

La cicatrice est très peu visible.

Obs. XXIX. — B... Thérèse.

A quatorze ans, adénopathie tuberculeuse droite sous-maxillaire, traitée pendant plus de deux années par la radio thérapie et les injections modificatrices.

Amélioration considérable après ce traitement prolongé.

En mai 1917, adénopathie préauriculaire gauche qui se ramollit et supure pendant une année et demie.

En mai 1919, apparition d'une adénopathie sous-angulo-maxillaire gauche.

A l'examen en juillet, on constate : une leucoplasie linguale apparue à la suite d'une grippe en 1915.

Un paquet ganglionnaire sous-angulo-maxillaire du volume d'une grosse noix prêt à s'ouvrir.

Une cicatrice préauriculaire gauche.

Une déviation marquée de la musculature du pharynx et du larynx vers la gauche entraînant une impossibilité presque absolue de déglutir autrement qu'en deux temps.

Le 22 juillet, évidement complet sous anesthésie générale à l'aide de l'appareil du professeur Delbet.

Pendant l'opération issue abondante de pus inondant le champ opératoire. Pas d'hémorragie sérieuse à signaler. Lavage à l'alcool-éther. Hémostase soignée. Suture intégrale sans drainage.

Le 24, léger suintement séro-hématique que l'on ponctionne avec une aiguille fine introduite entre les deux lèvres de la plaie.

Le 26, gonflement modéré. Pas de ponction.

Le 5 août, guérison complète. La malade très satisfaite repart chez elle.

Obs. XXX. — T... Henri, 21e génie, classe 1909.

Adénopathie sous-maxillaire droite apparue pendant son service actif.

En juillet 1912, curettage après incision sous anesthésie locale.

En avril 1919, réapparition de la grosseur qui augmente rapidement en un mois et demi.

En juillet 1919, on place un séton filiforme pendant une vingtaine de jours. La fistule continue à suppurer depuis.

Extirpation le 25 septembre 1919 sous anesthésie générale à l'aide du tube du professeur Delbet.

Il s'agit d'un volumineux paquet ganglionnaire sous-maxillaire droit. La masse totale fait une saillie plus grosse qu'un œuf et est très adhérente au bord inférieur du maxillaire sur une longueur de cinq centimètres. La dent de sagesse du même côté est recouverte presque complètement par une capsule muqueuse.

Incision de six centimètres environ circonscrivant un îlot de peau de 2×4 où se trouvent les fistules. Dissection très pénible. On extirpe la totalité de la tumeur découvrant la corne de l'os hyoïde et les vaisseaux. La glande sous-maxillaire presque toute entière est comprise dans l'exérèse. Lavage soigné à l'éther.

Suture intégrale sans drainage.

Le 27, assez fort gonflement de la région sous-maxillaire. Ponction. On retire soixante centimètres cubes d'un liquide séro-hématique renfermant une grande quantité de salive spumeuse. On injecte quelques gouttes d'alcool.

Obs. XXXI. — R... Emile, 120e d'artillerie, classe 1916.

Apparition de chapelets ganglionnaires sous-mastoïdiens pendant la première enfance.

En avril 1919, apparition d'une adénopathie sous-maxillaire sur laquelle on pratique une intervention en juin.

Départ en convalescence. Une fistulisation se produit dix jours après.

Le 25 septembre, extirpation sous anesthésie locale. La masse ganglionnaire s'étend à gauche jusqu'aux gros vaisseaux que l'on découvre.

Pas d'incidents. Lavage abondant à l'alcool-éther. Suture aux agrafes sans drainage.

Suites normales.

CONCLUSIONS

Des considérations qui nous ont guidé et des résultats que nous avons obtenus, il nous paraît que nous sommes autorisé à tirer les conclusions suivantes :

1° Le drainage doit toujours être supprimé après une extirpation de ganglions tuberculeux, même suppurés ou fistulisés.

En épargnant à la plaie opératoire l'attrition qu'entraîne inévitablement le contact d'un drain, fût-il capillaire, dans un milieu particulièrement sensible à la moindre amorce de fistulisation, on assure une réunion complète et rapide par première intention.

C'est là une pratique que nous n'avons vue conseillée dans aucun traité classique.

2° Ce point capital, supprimant la période de fistulisation si fréquente et parfois si prolongée et, par suite, améliorant la cicatrice, nous a permis d'étendre les indications de l'extirpation chirurgicale à presque toutes les variétés. Nous pouvons en fixer approximativement la limite inférieure aux cas d'adénopathies non suppurées dont le volume total est négligeable au point de vue cosmétique, et la limite

supérieure à ceux que rendent inopérables leur extension ou le mauvais état général du sujet ;

3° Quelques points de technique nous paraissent importants :

a) Anesthésie à distance au moyen de l'appareil de Pierre Delbet ;

b) Eclairage au miroir de Clar ;

c) Incision réduite au minimum ;

d) Dissection très proche du parenchyme ganglionnaire, faite au tampon, et, dans la profondeur, au contact même des troncs veineux ;

e) Hémostase soignée ;

f) Lavage large à l'alcool ou à l'alcool-éther dans les adénopathies suppurées ;

g) Réunion avec affrontement cutané minutieux ;

4° Le traitement local reste un traitement épisodique. Il est bien entendu que le traitement général dont il n'est qu'un adjuvant ne devra jamais lui être sacrifié.

Vu : le président de la thèse
SEBILEAU

Vu : le Doyen
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. POINCARÉ

BIBLIOGRAPHIE

Arloing et Dumarest. — Contribution à l'étude du traitement spécifique de la bacillose (Revue de la Tubercul., juin 1909).

Attridge (J.-A.). — Le traitement chirurgical des ganglions tuberculeux, et particulièrement des gangl. du cou. (Surgery, Gynecology and Obstetrics. Chicago, 1908, VII, 685-692).

Bazy. — Bulletin Soc. de Chirurgie, 1916, vol. 42-2, p. 1103.

Babès. — Pénétration du bac. tub. par la peau intacte. (Press. Méd., 15 juin 1907).

Baille. — Les tuberculoses suppurées. Comment les guérir sûrement par la méthode des ponctions. Th. Paris, 1912-13, n° 91.

Balme (H.). — Traitement des ganglions tubereuleux (China M. J. Shanghaï, 1916, XXX, 167-174).

Berchon. — Adénites tuberc. du cou. Th. Paris, 1893-1894.

Batut. — Nouvelles contributions à l'étude des adénopathies (Bull. de la Soc. méd. chirurg. de la Drôme, Valence, 1910).

Bellemanière. — Etude de la photothérapie dans l'adénite et l'arthrite tubercul. Paris, 1904.

Bernheim (S.). — Les portes d'entrée de la tubercul. (Rev. internat. de la Tubercul. Paris, 1908).

Bergonié. — Sur l'action nettement favorable des rayons X dans les adénites tubercul. (Journ. de méd. de Bordeaux, 1905, n° 47).

Berger. — Trait. des anopath. cerv. tubercul. (Associat. française de chirurg. Paris, 1901. Procès-verbal 716).

Bezançon (F.). — La tubercul. gangl. latente chez l'adulte. (Prog. méd. Paris, 1912, XXVIII, 209-213-226).

Beck (C.). — Comment expliquer l'exophtalmie, la tachy-

cardie et le tremblement après l'extirpation des gangl. tub. du cou? (Arch. Diagn. N.-Y., 1908, I. 358-361).

Beatson (*G.-T.*). — Au sujet de l'extirpation d'une masse étendue de ganglions cervicaux tubercul. ainsi qu'une partie de la veine jugul. interne (Brit. M. J. Londres, 1898, II, 1124).

Binet (*J.-L.*). — Accidents de l'extirpat. des gangl. tubercul. du cou. Th. Paris, 1893-94.

Billet. — Traitement des tubercul. chirurgicales. Soc. de Méd. mil. franç. (Bull, Paris, 1914, VIII, 47-57).

Bouvet. — Adénopath. tubercul. chirurgic. Th. Paris, 1899-1900.

Bouju. — Tubercul. chirurgical. Indications thérapeutiques. Th. Paris, 1892-93.

Bœckel. — Trait. des adén. tuberc. (Congr. chirurg. 1901).

Bordelet. — Dissertation sur les écrouelles.

Broca. — Trait. des adén. tubercul. (Cong. chirurg. 1901).

Brandlight. — Le trait. esthétique des adénit. cervicales suppurées (Ann. Soc. méd. Anvers, 1912, LXXIV).

Brown (*J.-S.*). — Traitement conservateur des gangl. tubercul. du cou basé sur leur pathologie (Méd. Rec. N.-Y. 1913, LXXXIII, 441-444).

Brissaud. — Etude sur les tubercul. locales (Arch. génér. de méd., 1880, t. II).

— Article scrofule. du Dict. de méd. et chirurg. pratiques. Paris, 1882.

Bruhu. — Beitrage zur statistik der Extirpation tuberculoser Lymphdrunsentumoren. Kiel, 1887.

Buford (*C.-G.*). — L'entrée de l'air dans le médiastin pendant les opérations sur le cou (Surg. gynec. et obstet. Chicago, 1918, XXVI, 540-542. Discussion).

Buxton. — Traitement chirurgical de la tuberculose. (Virginia M. Semi Month Richmond, 1913-1914, XVIII).

Calot (*F.*). — Le traitement des tubercul. locales (Bull. génér. de thérapeut. Paris, 1910, CLX, 353-372).

— Principes du traitement des tubercul. externes (Rev. gén. de clinique et Thérap. Paris, 1909, XXIII).

— Le traitement des tubercul. externes (Ann. de méd. et de chirurg. infant. Paris, 1910, XIV, 372-377).

— Le traitement des fistules tubercul. (Rev. gén. de clinique et thérap. Paris, 1911, XXV, 161-165).
— Le traitement des tubercul. suppurées (Paris, méd., 1911-12, 501-503).
— 10.000 soldats ont des tubercul. externes. Comment ils sont soignés, comment ils devraient l'être. (Mond. méd. Paris, 1916-17, XXVI, 161-169).
— Orthopédie indispensable.
Calvet (*J.*). — Trait. des adénites cervicales tubercul. (Clinique. Paris, 1913, VIII, 710-715).
Castro (*A. de*). — Sul tritamento delle adeniti croniche cervicali (Gazz. d. ospit. Milano, 1914, XXXV.)
Cazin et Hallion. — Du danger de l'emploi du naphtol camphré (Sem. méd., 28 déc. 1904).
Chaput (*H.*). — Abcès froids ganglionnaires multiples et volumineux de la rég. lat. du cou. Drainage filiforme. Guérison en trois mois avec cicatrices insignifiantes (Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris, 1917, N. S. XLIII, 2093).
— Tubercul. gangl. s.-maxill à forme hypertrophiante guérie en quatre semaines par l'évidement à l'emporte-pièce et le drainage filiforme (Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris, 1916, XLII 1002).
Chauvel. — Discussion (Soc. de Chir., 13 fév. 1884).
Chadwick (*H.-D*). — Traitement des gang. tub. du cou. (Boston M. et S.J., 1915, CLXXII, 5).
Clausen (*J.-J.*). — Sur un cas de tuberculose des ganglions profonds du cou. Technique de l'extirpation. (Kansas City M. Index 1897, XVIII, 275-279).
Cockburn (*L.-W.*) — Technique de l'extirpation des gangl. tubercul. du cou. (Cand. J. M. Soc. Toronto, 1902, XII, 175-177).
Coudray. — Localisations externes de la tubercul. Th, Paris, 1883-84.
Couvreur. — Adénopathies cerv. tub. et tub. pulm. Th. Paris, 1891-92.
Courmont (*P.*). — Immunité et anaphylaxie dans la tub. (Gaz. méd. de Paris, 1912, LXXXIII, 245).
— Sur l'orig. périph. de la tub. chez le cobaye vivant au milieu de poussières bacillifères (Soc. de Biol., 11 déc. 1909).

Congrès de chirurgie. Paris, 1901.

Congrès de la tuberculose. Rome, 1912.

Danel. — Tuberculose des gangl. du cou et fistule dent. (J. de Soc. méd. de Lille, 1902, I, 311, 316).

Delbet (*P.*). — Le traitement des tubercul. chirurgical,— en dehors des grandes villes. Convient-il d'envoyer des tubercul. à la campagne ou à la mer (Paris chirurgic., 1910, II. 275-280).

— Extirpation des gangl. tubercul. du cou par un procédé esthétique. Bull. et Mém. Soc. Anat. (Paris, 1904, LXXIX, 441-443).

Desplats (*R.*). — Du trait. des ad. tub. par les rayons X (Arch. d'élect. méd. de Bordeaux, 1905, 626).

Desequelle. — Toxicité du naphtol camphré (Bull. et Mém. de la Soc. de méd. et chir. prat. de Paris, 6 nov. 1904).

Deckel (*G.*). — Trait. des gangl. tub. du cou (J. Iowa state. M. Soc. des Moines, 1918, VIII, 209-213).

Dejardin. — Les trait. actuels des tub. loc. et des traj. fistul. (Arch. méd. belges. Bruxelles, 1910, XXXVI, I, 23).

Dollinger. — Procédé d'ablation esthétique des gangl. tub. du cou (XXXVII[e] Congrès de la Soc. All. de chirurg. Berlin 21-24 avril 1908).

Dowd (*C. N.*). — Tuberculose des gangl. du cou. 275 cas traités par l'extirpation radicale (Surg. gynec. and. Obst. Chicago, 1909, VIII, 232-237).

Duhamel. — Trait. des adén. tub. du cou. Th. Paris, 1895.

Dufourmentel. — A propos du traitement chirurgical des adénopath. tubercul. Nécessité de ne pas drainer (Presse méd., 5 décembre 1918).

— Note sur le trait. chir. des ad. tub. (Bull. de la Soc. médico-chirurgicale de la X[e] Région, sept. 1918).

Edmundo (*A.*).— Le traitement chirurgical des gangl. tub. (Hospit. London, 1909, XLVI, 7).

Edington (*G.-H.*). — Quelques mots sur le trait. des gangl. tub. du cou par l'incision (Glasgow M. J. 1905, LXIII, 196).

Erdmann (*J.-F.*). — Extirpation de ganglions étendus du cou (Internat. clin. Phila., 1918, 28 S, III, 118).

— Excision des gangl. lymp. du cou (Ibid, 125).

Eynard. — Tuberculoses cutanées Trait. chir. Th. Paris, 1898-1899.

Far (*C.-E.*). — Préservation de la branche sous-maxill. du facial dans les op. sur le cou (Ann. surg. Phila, 1910, 487).

Franck (*J.*). — Extirpation sous-cutanée des gl. cervicales (Illinois M. J. Springfield, 1912, XXI, 48-54).

Fraser (*J.*). — Gangl. tub. du cou chez les enf. (Clin. J. Lond., 1915, 41-54).

Ferran (*J.*). — La nouvelle bactériologie de la tub. (Rev. intern. de la tub. Paris, 1913, XXIII, 336-362).

Freudenberger (*H.*). — Rapport des dents et de la tub. (Lancet, clin. Cincin , 1916, CXV, 222-228).

Guibert. — Contribut. à l'étude du trait des ad. tub. Thèse Paris, 1909, 393.

Gilette. — Dict. Dechambre. Art. cou (chirurg.).

Grancher. — Article scrofule du Dict. encyclopéd. de méd. en 30 vol. Paris, 1844.

Guersant. — Id.

Gouraud (*F.-X.*). — Evolution actuelle du trait. antituber. (Bull. gén. de Thérap., 1911, CLXI, 801-807).

Gonzalez Alvarez (*B.*), — Trait. des ad. chr. sous maxill. et du cou (Ann. de méd. et chir. inf. Paris, 1909, XIII.)

Graff (*H.*). — Tuberc. des gangl. du cou et son trait. chirurg. (Tr. Wisconsin M. Soc. Milwaukee, 1889, XXIII, 130-140).

Griswold (*W.-S.*). — Tubercul. des gangl. lymph. du cou Northwest med. Seattle, 1911, n. s. III, 189-192).

Giacinto (*G.*). — Contributo alla cura dello struma tubercolare (Policlin. Roma, 1918, XXV, 225-230).

Guibal (*P.*). — Contribution à la chir. du cou La résection unilatérale de la jug. int. et du pneumogastr. est-elle inoffensive ? (Rev. de chir. Paris, 1913, XLVIII.)

Hawes (*J.-B.*) — Trait. des gangl. tub. du cou (Boston M. et S. J. 1915, CLXXII, 5).

Hamel. — Trait. de la tub. gangl. cervicale (Gaz. des Hôp., 9 juillet 1910. Th. Paris, 1909).

Herrera Vegas (*M.*). — El tratamiento quirurgico de las adenitis tuberculosas del cuello (Arch. latino. Ann. de pediat. Buenos-Aires, 1912, V, 71-155).

Hizanous et Polak-Daniels. — Périadénites guéries par le sérum de Marmoreck (Nederl. Tidjschrift voor geneeskunde 1907, n° 13 et Berliner Klin. Wochen., 1907).

Hutinel. — Les étapes de la tub. chez les enf. (Rev. mens. des mal. de l'enf. Paris, 1905).

Mc Ilvaine (*W.-E.*). — Une nouvelle incision pour l'extirpation radicale des gangl. tub. du cou (J. Ann. M. Ass. Chicago, 1917, LXVIII, 1177).

Jeannel. — Recherche sur les résultats et les indications de l'extirp. des gangl. tub. (Rev. méd. de Toulouse, 1885, XIX, 609-624).

Judd (*E.-S.*). — Trait. des gangl. tub. du cou. Etude de 649 cas opérés (Ann. Surg. Phila, 1910, 758-766).

Judet. — Trait. des ad. cerv. tub. (Progr. méd., 1909).

— A propos du trait. des tub. locales par les inject. modific. (Paris chirurg., 1911, 930-932).

Jachmonn et Baetzner (*W.*) — Trait. des tub. ext. par application locale de ferments pancréatiques (Munch. med. Woch., 1er déc. 1908).

Johnson. — Operative therapeusis, vol. III, p. 401.

Krueger (*H.*). — Ablation esthétique des gangl. tub. du cou (Deutsche Zeitschrift für Chirurg. Leipzig, sept. 1910).

Lermoyez. — Des vég. adén. tub. du pharynx nasal (Bull. et Mém. de la Soc, méd. des Hôp. de Paris, 1894, 559).

Labbé (*M.*) *et Levi-Sirugue* (*Ch.*). — La tuberc des amygdales (Gaz. des Hôpit., 1900, n° 20).

Lavigne. — Contribution à l'étude des gang. tub. du cou et à leur trait. Th. Nancy, 1912.

Lalesque (*F.*). — De quelques objections ou critiques formulées contre les hôp. marins à propos de leur importance dans la cure de la tub. chirurg. (Journ. de méd. de Bordeaux, 1912, 101-103).

Lavalle (*C.-R.*). — Sobre adenitis tuberculosas cervicales. (Semana med. Buenos-Aires, 1917, 684-688).

Langlais. — Ablation de gangl. strumeux du cou (Conc. méd. Paris, 1884, 583-586).

Leplace (*F.*). — Pathologie des gangl. tub. du cou. Leur extirpation précoce et complète (J. Am. M. Ass. Chicago, 1898, 1321).

Lemoine (*G.-H.*). — Fréq. de la tub. dans l'armée (Presse Méd. Paris, 1909).

— La tubercul. et l'armée. Traitement social des tub. de l'armée (Rév. de la tub. Paris, 1912, 164-181).

Lévy et Clément. — Adénites cerv. chroniques (Revue générale ; Gaz. Hôp., 1905, n° 7).

Logan-Turner. — La propagation des infections bacill. provenant des cavités nasales et nasopharyngées par la voie des canaux lymphat. (Edimburgh med. Journ., nov. 1911, 409-438).

Lemaître (*R.*). — La désinfection opératoire immédiate et la suture primitive des plaies de guerre (Arch. de méd. et pharm. milit. Paris, 1916-1917, p. 474).

Manson. — Trait. des adénop. tub. par l'extirpation. Thèse Paris, 1895.

Mauclaire. — De la ligat. prélim. de la jugul. int. pour l'extirpation des adén. cervic. tub. profondes et adhérentes (Congrès de chir., 1901, p. 778).

— Traitement des abcès tubercul. (Journ. de méd. de Paris, 10 sept. 1905).

Ménard (*V.*). — Difformités des cicatrices du cou à la suite des adén. tubercul. (Bull. méd., Paris, 1892, 1089-1091).

— Traitem. opératoire de la tub. osseuse, ostéo-articul. et ganglionn. chez l'enfant (Congr. intern. de méd. Londres, 1913, sect. X, 1-37).

Meyer (*W.*). — Le moyen d'éviter les cicatrices visibles des gangl. tubercul. du cou ramollis (Med. Rec. N.-Y., 1908, 865).

Metcalf (*W.-B.*). — L'amygdale comme porte d'entrée de la tubercul. des gangl. du cou (J. Opht. and Otolaryngol. Chicago, 1917, 71-78).

Mc Millian (*H.-W.*). — Infections de la bouche à considérer dans le traitement rationnel de la tubercul (Lancet clin. Cincin 1916, 220-228).

Morestin. — Adén. cerv. tub. extirpée par incision esthét. rétro-auricul. (Bull. Soc. franç. de dermatol. et syphil., 1907, p. 69).

— Extirpation par la bouche d'un gangl. tub. s/maxill. (Bull. Soc. Chir. des Hôp. de Paris, 1907, p. 734)

— Cancer de la langue avec adénopathies cervicales bila-

térales. Extirpation des gangl. des deux côtés. A gauche résection totale de la jugul. A droite résection partielle longitudinale et suture du même tronc veineux. Thrombose du vaisseau. Mort consécutive à son oblitération (Bull. et Mém. Soc. Anat. de Paris, 1911, 190-193).

Moorehead (*F.-B*). — Les dents et les lésions alvéolaires comme portes d'entrée du baccill tubercul. (J. Am. Ass. Chicago, 1910, 495-498).

Muller (*G.-P.*). — Trait des gangl. tuberc. du cou (Tr. Phila. Acad. Surg., 1914, 134-153).

Neve (*A.*). — La chirurgie des gangl. tub. du cou basée sur 800 opérations à l'Hôpital de la Mission de Kashmir (Indian med. gaz. Calcuta, 1914).)

Noble (*F.-W.*). — Nouvelle méthode de trait. des infections tub. ou mixtes des gangl. du cou (N. Mexico M. J. Las Cruces, 1913-1914, 93-106).

Ophüls (*W.*). — Voies d'infection de la tubercul. (Calif state J.-M. San-Francisc., 1916, XIV, 272-276).

Oudin et *Zimmern*. — Val. de la radioth. dans le trait. des adénopat. (Gaz. des Hôp., 2 août 1910, 1227).

Pailloz. — Relation de quelques interventions pour tub. locales (Soc. de méd. mil franç. Bull. Paris, 1911, V, 481-486).

Poulet. — Sur un cas de mort à la suite de l'extirpat. des gangl. tub. du cou (Bull. S. de Chir. Paris, 1884, 165-175).

Plummer (*S.-C.*). — Méthode opératoire pour l'extirpat. des gangl. tub. du cou (Northwest Lancet. Saint-Paul, 1896, 110-112).

Plummer (*W.-E.*). — Hémorragie de la jug. inter; danger possible de l'extirpation des gangl, tub. de la région cervicale (China M. Miss J. Shanghaï, 1905, 215).

Primrose (*A.*). — Tubercul. des gangl du cou et carie dentaire (Domin. Dent. J. Toronto, 1904, 55-61).

Privat. — Conduite à tenir devant un gangl. tubercul. (Journ. des Prat., 1908).

Pybus (*F.-C.*). — Note sur le trait. des gangl cerv. tubercul. (Northumberland et Durham M. J. Newcastle upon Tyne, 1911, 268-270).

Perez. — Atténuation du virus tub. dans les gangl. (Annali

d'igiene speriment. analysie in Cent. f. Bakt., 10 mai 1898).

De Quervain (*F.*). — Les principes modernes dans le trait. des tub. dites chirurgicales (Sem. Méd. Paris, 1912.)

Richard (*J.-E.*) — De l'extirpation des gangl. non suppurés du cou. Th. Nancy, 1889.

Reymond (*G.*). — Contribution à l'étude du trait. de la tub. et en part. des tub. chir. par la méthode de récalcification. Montpellier, 1913, n° 51.

Reynier. — Trait des div. manifest. de la tub. externe par l'eau de Salies, de Salins et différ. eaux chlorurées sodiques (Congr. int. de la tub. 1905).

Rist (*E.*) *et Rolland* (*J.*). — Etude sur la réinfection tub., la réinfect. cutanée et le phén. de Koch (Ann. de méd. Paris, 1914, 13-54).

Rivingstone (*E.*). — Un cas d'extirpation de gangl. du cou suivie d'empyème et de pneumothorax Mag Lond. (Roy. Free. Hosp) School of women, 1915, 84-86.

Robin (*A.*). — Le trait des adénites tub. (Mond. méd., Paris 1915).

Rollier de Leysin. — Le trait. de la tub. chirurg. à l'altitude (Cong. de la tub., 1905).

— La cure solaire dans la tub. chir. Rech. scientif. et résult. cliniques (Rev. méd. de la Suisse romande, 20 déc. 1909).

Richelot. — Gaz. heb. de méd. et de chir., 11 fév. 1886.

Roux et Josserand. — De la val. de la micropoly-adén. sup. dans la tub. latente (Pediat. prat. Lille, 1907).

Sebileau (*P.*). — Trait. des adén. tub. de la région cerv. (Gaz. méd. de Paris, 1897, 73, 85).

Stone (*J.-S.*). — Points de pratique dans le trait. des gangl. étendus du cou chez les enf. (Boston M. et S. J. 1912)

Stiles (*H.-J.*). — Trait. de la tub. de l'enf. au pt. de vue chirurgic. particul. des os, des articul. et des gangl. (Tr. intern. Congr. méd. Londres, 1913, Sect. X.)

Speck (*Adolf*). — Trait. de la tub. chirurg. par la trypsine. Th. Berlin, 1911.

Sutcliffe (*W.-G.*). — Trait. des gangl. tub. chez les enfants (Pediatrics. N. Y., 1912, 669-677).

Stevens (*B.-S.*). — Gang. tub. du cou. Leur rapports avec les affections du nez et de la gorge. Leur extirpation

radicale (Calif. State J. M. San-Franc, 1914, 136-139).

Siegel. — Trait. des ad. cerv. tub. (Pres. méd. Paris, 1905).

Stark. — Ganglions en rapport avec des dents cariées (Beitrage zur clin. chirurg., XVI, I, 1896).

Standars of diagnosis and treatment of tuberculosis cervical adenitis (Am. Rev. tuber. Balt., 1918-1919, 564-567).

Soubeyran. — Les adénit. tub. et leur traitement (Cons. méd. franç., juin 1910).

Tice (F.). — Gang. tubercul. Chicago M. Recorder 1915, 690.

Turettes. — Contr. à l'étude du trait. des tub. ext. suppurées. Th. Paris, 1910.

Thierry. — Interventions chirurgic. dans les tub. local. Th. Paris, 1889-1890, n° 155.

Thuau. — Essai sur le trait. des abcès froids tubercul. Th. Paris. 1886-1887.

De Vecchis (B.). — Nouveaux problèmes de l'infect. tuberc. Trait. spécial des gangl. cerv. après désinfection de la bouche (Dental Cosmos. Phila., 1915, 737).

Vandeputte. — Des dangers de la sérothér. antibac. et de la tuberculino-ther (Nord Med. Lille, 1911, 105-107).

Veber (F.-K.). — Blessures du nerf vague dans l'extirpation des tumeurs du cou (Russk. Vrach. Petrograd, 1914, 151-155-534-537).

Vreden (R.-R.). — Revue des résultats du trait. de la tub. chirurg. à l'Institut orthopédique depuis les sept années de son existence (Syezd Rossiysk Khirurg. Mosk, 1914, 130-132).

Vanderts. — Du trait. des abc. tub. par le bleu de méthylène (Journ. des Prat., 24 mars 1904).

Villemin. — Trait. chirurg. des adénopath. tubercul. (Bull. de la Soc. d'études sur la tub., 1907, n° 7).

Walch. — Les voies d'infect. de la tubercul. (Arch. méd. belges. Brux., 1911, 96-115).

Wilis (B.-C.). — L'importance de l'amygdale comme porte d'entrée de la tubercul. cervicale (29 observations) (South M. J. Nashville, 1915, 1069).

Wright (G.-H.). — Tuberculose et dents (Boston M. et S. J., 1915, 6-8).

Zancarol. — Trait. chirurg. des gangl. de la région du cou (Ass. franç. de chirur. Procès-verbal 1894. Paris, 1895, 151-154).

Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine. Paris — 4324-19

442

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE